

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

N°

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

PAUL DESPRAIRIES

né à Anet, le 29 mars 1894

DE LA VALEUR SÉMIOLOGIQUE DES RECTOSIGMOÏDITES AIGUËS TÉMOINS D'AFFECTIONS PELVIENNES

Président : M. le Professeur PIERRE DUVAL

LINO GÉNÉRALE
110, rue Saint-Maur, Paris (XI^e)

1925

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS.
Physiologie	CUNEO.
Physique médicale	CH. RICHET.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	

II. — AGREGES EN EXERCICE.

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BANCHETIERE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULE.
Pharmacologie et matière médicale	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Anatomie pathologique	I. DE JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECAILLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	Henri LABBE.
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Pathologie médicale	LEMIERRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHTET Fils.
Anatomie	ROUVIERE.
Physique médicale	
Pathologie médicale	TANON.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophtalmologie	WELTER.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Physiologie	
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.
Anatomie pathologique	ROUSSY.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-
	LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LÉPER.
Clinique chirurgicale infantile	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique médicale	RATHERY.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé
Stomatologie	FREY.
Education physique	N...
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

*Professeur de Thérapeutique chirurgicale,
Chirurgien de l'hôpital de Vaugirard,
Membre de l'Académie de Médecine.*

*Qui nous fait le très grand honneur
de présider cette thèse, en témoignage
de notre profonde reconnaissance. .*

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE CAEN.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE PARIS

Externat 1919 :

M. le Docteur CHIFOLIAU, *chirurgien des Hôpitaux.*

Externat 1920 :

M. le Docteur DEVRAIGNE, *accoucheur des Hôpitaux.*

M. le Professeur agrégé CLERC, *médecin des Hôpitaux.*

Internat Brévannes 1921 :

M. le Professeur agrégé BAUDOUIN, *médecin des Hôpitaux.*

Internat Chardon-Lagache, 1922 :

M. le Professeur agrégé VILLARET, *médecin des Hôpitaux.*

Interne Provisoire, 1923 :

M. le Professeur agrégé MACAIGNE, *médecin des Hôpitaux.*

M. le Professeur agrégé RICHET, *médecin des Hôpitaux.*

M. le Docteur RIVET, *médecin des Hôpitaux.*

M. le Docteur CHABROL, *médecin des Hôpitaux.*

Interne Provisoire, 1924 :

M. le Professeur agrégé METZGER, *accoucheur des Hôpitaux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS MOUTIER

*Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine
de Paris.*

*Qui a inspiré et guidé ce travail, en
témoignage de notre bien vive recon-
naissance.*

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ DU SUJET

Notre but est, non de présenter un tableau des recto-sigmoïdites dont l'aspect clinique se répète sensiblement d'un cas à l'autre quelle qu'en soit l'étiologie, mais d'attirer l'attention sur la proposition suivante :

Les recto-sigmoïdites aiguës, surtout les catarrhales, ne sont souvent que l'expression d'une maladie dont l'élément essentiel — et par là même l'intérêt majeur — se trouvent en dehors du recto-sigmoïde.

Nous cherchons donc moins à décrire dans le tableau des affections pelviennes des symptômes nouveaux, qu'à préciser leur valeur relative ou mieux encore à établir, dans certains cas, la hiérarchie des accidents observés.

Il est bien entendu que nous ne méconnaissons nullement l'existence de recto-sigmoïdites primitives, celles-ci pouvant être et demeurer une affection locale essentielle qui est et restera recto-sigmoïdienne, ou le stade initial de quelque côlite ou entérocolite infectieuse généralisée.

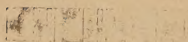
Mais, par définition même, nous nous trouvons nous.

occuper ici de recto-sigmoïdites qui, *d'apparence primitives, sont en réalité secondaires.*

Nous nous proposons justement de montrer qu'il s'agit là d'accidents fréquents et de possibilités banales d'erreurs de diagnostic ou plus exactement de diagnostics incomplets.

Nous exposerons successivement les très médiocres glanes que nous avons pu faire sur notre sujet dans l'histoire de la médecine.

Nous nous efforcerons enfin, dans notre étude sémeiologique, de montrer qu'il est fréquemment des recto-sigmoïdites aiguës répondant à notre définition, et nous soulignerons la diversité des accidents mal interprétés ou ignorés qu'elles peuvent trahir ou plus précisément masquer.



CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'existence d'adhérences, entre l'anse sigmoïde et les organes génitaux est un fait connu depuis longtemps. Morgagni l'avait déjà signalé ; Naude et Grisolle l'attribuaient à des péritonites circonscrites.

En 1857, Bernutz et Goupil démontrèrent que les lésions des cellulites pelviennes déterminaient rarement des adhérences entre le recto-sigmoïde et les organes génitaux, et que ces adhérences étaient dues à des phénomènes de péritonite fibro-adhésive.

En 1860, Aran insiste sur le rôle important joué par l'inflammation primitive des annexes.

En 1906, Michaux et son élève Saillant montrent la fréquence des infections péri-sigmoïdiennes d'origine génitale, pendant que Byron Robinson et Rawsen Pennington font ressortir l'influence des infections du sigmoïde sur les organes génitaux.

Albrecht en Allemagne et Brouha à Liège insistent sur la solidarité pathologique existant entre le colon sigmoïde et les organes génitaux de la femme.

En 1910, Princeteau présente au 23^e Congrès de Chirurgie à Paris, de très intéressantes observations à ce sujet et inspire la thèse de son élève Castera.

Küss, dans sa thèse, montre l'existence de rétrécissements péricoliques dont l'origine est le plus souvent une inflammation de l'utérus ou de ses annexes.

En 1911, Poulain, dans les *Archives de Chirurgie*, résume tout ce qui a été dit sur cette question.

En 1913, Patel fait dans les *Archives provinciales de Chirurgie* un exposé très précis des affections du colon pelvien.

Depuis, de nouvelles observations ont été publiées, surtout par les chirurgiens anglo-saxons, tels que Hartwelle, Olmsted, Rowlands, Felling.

Plus récemment, Bensaude, dans le nouveau *Traité de Médecine*, J.-Ch. Roux et Moutier, dans leur *Pathologie gastro-intestinale*, y consacrent de plus longs articles.

Mais il est à remarquer que ces différents auteurs ont surtout visé le mode de formation, ou bien de syndromes graves tels que phlegmons ilio-pelviens et péri-sigmoïdites suppurées, ou bien l'établissement à longue échéance de péricolites fibreuses avec sténose progressive. Ces accidents ne sont pas, encore une fois, ceux que nous allons étudier. Notre but n'est point de reprendre le tableau des complications scléreuses des sigmoïdites, mais d'établir l'intérêt étiologique des accidents aigus.

Or, les traités contemporains que nous avons pu consulter, qu'il s'agisse de gastro-entérologie ou de gynécologie, ne nous paraissent pas avoir abordé avec précision le petit problème de clinique que nous souhaitons présenter ici.

CHAPITRE III

ANATOMIE ET PATHOGÉNIE

Il semble inutile de faire appel à des connaissances exceptionnelles pour comprendre le retentissement que peuvent avoir secondairement sur le recto-sigmoïde, des affections primitives de la prostate, de l'utérus ou de ses annexes, de l'appendice et même des régions susjacentes du colon.

Il nous paraît intéressant cependant, sans nous écarter de notre sujet, de préciser, à propos de chacun de ces organes, les rapports de contiguïté d'une part, de vascularisation d'autre part, qui rendent si facile l'interréaction viscérale des affections pelviennes.

Le petit bassin, diverticule de la grande cavité abdominale, est occupé essentiellement par les réservoirs. C'est là que viennent se loger la vessie, le rectum et entre les deux, les vésicules séminales chez l'homme, l'utérus et ses annexes chez la femme.

Vessie, voies génitales et rectum sont disposés d'avant en arrière, les uns devant les autres, et de plus se superposent lorsque le sujet est debout.

Non distendus, ils sont profondément situés et d'accès difficile.

Mais les réservoirs ne remplissent pas tout le pelvis. Celui-ci est encore normalement occupé par la terminaison des colons et par les dernières anses grêles.

Court et fixe, le colon terminal reste accolé à la paroi pelvienne, entrant en contact intime avec les vaisseaux et ganglions iliaques primitifs gauches.

De longueur moyenne, il décrit une courbe en forme d'S italique et descend dans le cul-de-sac de Douglas, vésico-rectal chez l'homme, utéro-rectal chez la femme.

Très long et mobile, il peut être transversal et atteindre le caecum et l'appendice.

Il est rattaché à la paroi par un méso péritonéal qui, lorsque l'anse est déployée, retombe comme un couvercle sur le rectum et l'appareil génito-urinaire.

Les dernières anses grêles viennent occuper les intervalles laissés entre les divers organes pelviens. Elles sont sus-jacentes à l'anse omega qu'elles appliquent sur la vessie et l'utérus en s'enfonçant plus à droite.

Quand les réservoirs se distendent, ils soulèvent et repoussent dans le ventre les organes qui reposent sur eux.

Chez l'homme :

On est frappé par l'étroitesse relative du petit bassin. La couverture péritonéale est à peine soulevée en avant, davantage en arrière, où le rectum dessine sa saillie cylindrique limitant deux gouttières laté-

rales d'autant plus marquées que le rectum est plus distendu. Entre la vessie et le rectum, la séreuse s'enfonce en un profond cul-de-sac vésico-rectal.

Le fond est soulevé par le relief des vésicules séminales.

Sur les côtés, on aperçoit par transparence la saillie des vaisseaux hypogastriques et de l'uretère.

Chez la femme :

L'aspect du pelvis est bien différent, il paraît plus large, moins profond ; entre le rectum et la vessie, vient faire saillie l'appareil génital avec ses prolongements latéraux gagnant le pourtour du bassin comme pour s'y suspendre et limitant ainsi deux culs-de-sac :

l'un, antérieur, vésico-utérin,

l'autre, postérieur, utro-rectal ou de Douglas.

Ce dernier, en forme d'entonnoir, est le point le plus déclive de la cavité péritonéale : sa paroi antérieure répond au corps et à l'isthme utérin et au cul-de-sac postérieur du vagin ; sa paroi postérieure est soulevée par la saillie cylindrique du rectum. La paroi latérale présente deux replis, l'un inférieur, le ligament utéro-sacré, l'autre supérieur, l'uretère ; l'ovaire répond à la dépression située au-dessus de l'uretère. Les anses grêles à droite, le colon sigmoïde à gauche, répondent à la fossette située au-dessous.

Normalement, le corps de l'utérus forme avec le col un angle ouvert en avant, il est en antéflexion ; de plus son fond est plus rapproché de la symphyse que du

sacrum, il est en antéversion. Il reste donc toujours un espace entre rectum et utérus où se glissent des anses intestinales.

Mais, normalement ou pathologiquement (grossesse, infection) l'utérus peut se redresser et se placer en rétroflexion et en rétroversion. Il s'applique alors d'une façon continue sur le rectum (Observ. 3 et 6).

Normalement, l'ovaire est vertical, pendu par son pédicule vasculaire le long de la paroi pelvienne à laquelle il est relié par son méso. Il reste à distance du rectum, sauf quand celui-ci est distendu. Peu mobile dans le sens vertical, il peut se déplacer latéralement, se rapprocher ou tomber dans le fond du cul-de-sac de Douglas ; ses rapports rectaux deviennent alors constants.

Anormalement, un appendice long peut descendre dans le pelvis, s'unir à l'ovaire par un repli péritonéal ou se coller contre le rectum (Observ. 13 et 12).

La prostate et les vésicules séminales sont entièrement sous péritonéales, n'étant séparées de l'ampoule rectale que par l'aponévrose de Denonvilliers.

Qu'un de ces organes vienne à s'infecter, on conçoit facilement que l'inflammation puisse gagner le rectum ou le sigmoïde, soit directement par péritonite adhésive, soit par lymphangite sous-péritonéale.

Le péritoine serait la plus importante des voies d'infection.

La *voie lymphatique* est accessoire, certains même la nient. Cependant, il existe des rapports assez étroits entre les collecteurs lymphatiques de l'utérus et du

bas-rectum ; ils aboutissent pour la plupart aux mêmes ganglions, certains ont un trajet commun le long du pédicule de l'hémorroïdale moyenne. Enfin, en dehors des fines anastomoses unissant la paroi vaginale au réseau ano-rectal, Leveuf et Godard ont remarqué un tronc lymphatique qui, parti du col utérin, remonte sur la paroi antérieure du rectum et se termine dans un ganglion ano-rectal antérieur.

La *voie cellulaire*, niée par la plupart des auteurs, est admise par certains dont Castera ; pour lui les lames sacro-génito-pubiennes et les autres dépendances de la gaine hypogastrique formeraient des barrières insuffisantes à l'infection.

Au point de vue *étiologique*, il faut noter, parmi les causes prédisposantes, toutes celles qui favorisent la constipation :

- malformations congénitales ou acquises du colon (longueur, courbures insolites, dilatations),
- infections antérieures de l'intestin,
- l'état de moindre résistance des sujets.

CHAPITRE IV

SEMEIOLOGIE GÉNÉRALE

Pour bien comprendre la séméiologie de ces maladies, il faut se souvenir que l'affection est pelvienne et que la recto-sigmoïdite est d'abord l'expression de l'irritation ou de l'infection du péritoine viscéral ; c'est une réaction absolument analogue à ce que l'on observe au début des péritonites infectieuses de l'enfance, dont le signal symptôme est souvent une diarrhée profuse ; mais, dans ce cas, les accidents relèvent d'une entéro-colite généralisée secondaire à la réaction péritonéale massive et non plus seulement d'une recto-sigmoïdite, affection locale.

L'expression clinique des recto-sigmoïdites au cours des affections pelviennes traduit essentiellement deux phénomènes : un moteur, un sécrétoire.

Le phénomène moteur est un spasme ou une paralysie, ou successivement l'un puis l'autre, ou simultanément l'un et l'autre mais à un étage différent.

Le phénomène sécrétoire est essentiellement catarrhal, c'est une mucorrhée aiguë, véritable coryza rectal par excitation de la muqueuse.

Il faut se rappeler à ce propos la valeur fonctionnelle de l'intestin terminal : le sigmoïde étant le lieu

où les matières s'emmagentinent et se déshydratent légèrement, le rectum étant un lieu de transit, vide à l'état normal. Donc, en cas d'irritation du péritoine, en cas d'infection de dehors en dedans ou en cas de compression, on aura plus ou moins brusquement un arrêt des fèces, c'est-à-dire de la constipation, du ténésme, des douleurs à l'émission des gaz et bientôt du météorisme, plus tard des évacuations glaireuses se produisant en aval de la région où sont retenues les matières.

Il n'y a donc pas de vraie diarrhée en général. Tout au plus peut-on observer au début l'expulsion des matières se trouvant dans la zone irritée. Plus tard, il y a de la fausse diarrhée, par dissolution des matières au niveau des zones de sécrétion par les exsudats de la muqueuse.

Dans certains cas cependant, le processus extrinsèque, agissant sur le sigmoïde, peut être suffisamment violent (radium, phlegmon pelvien), pour que la stase, la congestion, la lymphangite sous-péritonéale entraînent un syndrome beaucoup plus grave et déterminent une recto-sigmoïdite hémorragique par troubles trophiques et septiques associés.

Nous reconnaitrons donc 2 formes essentielles :

- 1° la Recto-sigmoïdite catarrhale,
- 2° la Recto-sigmoïdite ulcéreuse.

CHAPITRE V

RECTO-SIGMOÏDITE CATARRHALE

Elle peut survenir au cours d'une maladie pelvienne reconnue, mais dont l'influence causale est susceptible de demeurer ignorée, ou au contraire au cours d'une affection pelvienne jusque là méconnue.

LE DÉBUT.

a) Est le plus souvent brusque (obs. 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11).

L'affection se constitue en quelques heures : les malades ressentent une sensation de malaise indéfinissable, un léger état fébrile, quelquefois des nausées et surtout des coliques plus ou moins intenses aboutissant à l'expulsion d'abord de quelques matières, puis bientôt de glaires.

b) Quelquefois, le début est progressif et la recto-sigmoïdite se constitue en plusieurs jours. Nous en rapportons un exemple particulièrement complet (Obs. N° 1).

Sous l'influence des réactions péritonéales liées à une salpingite s'accusant lentement, cette malade présentait d'abord de la constipation simple accompagnée d'une douleur caractéristique au passage des gaz. Elle sentait son intestin se distendre péniblement et par là

même redoutait l'exonération gazeuse. Il en résulta naturellement du météorisme qui alla s'accusant en même temps qu'apparaissait un certain degré de ténésme recto-vésical.

Au bout d'une dizaine de jours enfin, l'irritation recto-sigmoïdienne aboutissait à d'abondantes sécrétions qui, redissolvant *in situ* les matières, déterminaient le syndrome coprologique de la fausse diarrhée.

ETAT.

Troubles fonctionnels :

Trois signes les caractérisent :

- les douleurs,
- la fréquence des selles,
- les modifications de celles-ci.

a) Les douleurs, souvent précédées de sensation de chaleur, de pesanteur, sont d'autant plus vives que la recto-sigmoïdite est plus accentuée. Ce sont des coliques, parfois intolérables, siégeant dans tout le ventre, mais avec maximum dans la fosse iliaque gauche, provoquant des épreintes très pénibles.

b) Les envies d'aller à la selle deviennent de plus en plus fréquentes et douloureuses ; elles peuvent se répéter quelquefois jusqu'à 4 et 5 fois par heure. Bientôt elles ne soulagent plus le malade, aux épreintes s'est ajouté le ténésme rectal, celui-ci se compliquant souvent de ténésme vésical.

Les efforts n'aboutissent qu'à l'expulsion parfois involontaire de minimes quantités de matières.

c) Les selles sont en effet très modifiées, légèrement fécaloïdes au début, elles ne sont bientôt plus constituées que par des glaires uniquement séreuses, transparentes.

Leur abondance et leur odeur sont très variables d'un cas à l'autre ; quelquefois leur fréquence est telle que deux de nos malades les comparaient à un coryza (Obs. 10 et 11). Il s'agit d'une fausse diarrhée, la rétention étant au contraire de règle.

État général.

Il diffère suivant la maladie causale et suivant l'intensité de la réaction sigmoïdienne.

La température oscille le plus souvent entre 38 et 39°. Le pouls est en rapport.

Les vomissements sont exceptionnels dans cette forme catarrhale.

Signes physiques.

La langue est saburrale.

L'abdomen est toujours météorisé. La palpation montre un endolorissement général de l'abdomen avec maximum au niveau de la fosse iliaque gauche et de la région sus-pubienne, pouvant s'accompagner quelquefois d'une légère défense musculaire.

A la palpation profonde, on perçoit le colon sigmoïde rempli de matières en état de spasme évident, donnant la sensation d'une « corde colique » dure, contractile, douloureuse.

L'inspection de la région anale montre souvent un

érythème inflammatoire dû à la macération de la peau par les écoulements.

Le toucher rectal.

Il est souvent très difficile en raison des douleurs et peut nécessiter l'application d'une pommade anesthésiante. La muqueuse rectale est chaude, très sensible et comme relâchée. Le doigt ressort couvert de mucus dont la couleur rosée vient témoigner parfois de l'intensité du processus congestif.

La rectoscopie.

Elle donne de précieux renseignements au point de vue diagnostique et thérapeutique, mais elle est très douloureuse et peut nécessiter une anesthésie locale.

Œdème et congestion, telles sont les lésions dominantes. La lumière intestinale est notablement rétrécie par le spasme et l'œdème. La muqueuse tuméfiée est recouverte d'une nappe de mucus transparent ou opalin, plus rarement épaissi, blanchâtre. On est obligé d'enlever ce mucus avec un tampon pour apercevoir la rougeur diffuse de la muqueuse, avec zones de couleur plus vive sur certains points.

L'examen des selles

qui a pour but ordinairement la recherche des agents spécifiques, se montre en pareil cas banal et ne révèle que des microorganismes habituels de l'intestin.

On complètera l'examen par celui des *organes voisins*. Chez l'homme, on recherchera l'état de la pros-

tate et celui des voies urinaires. Chez la femme, le *toucher vaginal* seul ou combiné, permettra de localiser l'affection à l'utérus ou aux annexes. Dans les deux cas, on examinera caecum et appendice.

La Radioscopie

ne semble guère indiquée en pareil cas ; elle ne saurait fournir que des renseignements, faciles à prévoir, sur la douleur au remplissage, les spasmes intermittents, l'intolérance viscérale s'opposant à l'écoulement de la drogue opaque ou la refoulant vers le colon descendant. Il conviendrait en tout cas, si on la jugeait utile, de pratiquer cette exploration avec un sel de bismuth et de repousser l'emploi de la baryte dont l'action irritante sur l'intestin est loin d'être négligeable.

L'Evolution

est très variable. Elle dépend avant tout de l'affection causale.

Le plus souvent, après une thérapeutique appropriée, les phénomènes s'amendent rapidement : les selles deviennent moins fréquentes, moins impérieuses, la constipation cessant, les glaires font place à des matières fécales et, en 5 à 10 jours, tout peut rentrer dans l'ordre (Obs. 6 et 7).

Plus rarement, la recto-sigmoïdite se prolonge pendant un mois, s'atténuant progressivement et très lentement (Obs. 3).

Des récidives sont toujours possibles tant que l'affection causale existe ; elles peuvent survenir préco-

cement, au bout de 8 à 10 jours (Obs. 10), ou au contraire à plus longue échéance, tous les mois ou tous les trois mois (Obs. 4 et 15).

Le *passage à la chronicité* a pu être observé : dans ces cas, la recto-sigmoïdite, toujours très atténuée, reste au deuxième plan en arrière des symptômes de l'affection causale.

CHAPITRE VI

FORMES PATHOGÉNIQUES DES RECTO-SIGMOIDITES CATARRHALES

Ces formes pathogéniques sont naturellement nombreuses et nous ne prétendons pas en avoir épuisé toutes les variétés et combinaisons possibles. L'exposé suivant nous permettra en tout cas de comprendre la valeur clinique des réactions étudiées.

A. — *Recto-Sigmoïdite à son stade initial dans les inflammations pelviennes (Annexite ignorée).*

Au début des salpingites, la réaction intestinale est vive mais de durée courte. Les phénomènes de spasme l'emportent sur ceux de l'infection ; la douleur à la distension se trahit par la difficulté d'évacuer les gaz et explique le météorisme, le malade craignant une exonération par trop douloureuse.

Ces phénomènes intestinaux peuvent être comme dans l'observation suivante, le signal symptôme de l'infection annexielle.

OBSERVATION N° 1

Annexite méconnue réaction recto-sigmoïdienne légère, signal symptôme.

Mme L., 29 ans, ni grossesse, ni fausse-couche; règles survenant, avec 12 jours de retard, le 11 novembre, plus douloureuses que d'habitude.

Le 14 au matin, la malade ne perd plus, mais les douleurs au bas-ventre continuent, fortes, empêchant presque la marche; le moindre mouvement paraît imprimer à l'abdoen une secousse douloureuse. La malade est brusquement constipée depuis le deuxième jour des règles.

A l'examen, météorisme net.

Utérus mobile, cul de sac gauche libre, cul de sac droit douloureux. Trompe comme un gros crayon.

Le toucher permet également de percevoir une stase recto-sigmoïdienne très prononcée.

La malade est revue le 1^{er} décembre; malgré els conseils qui lui ont été donnés, elle ne s'est pas alitée et présente les phénomènes suivants : métrorragies légères mais continues depuis 5 ou 6 jours, température au-dessus de la moyenne, 37°8 au réveil. Utérus congestionné, un peu augmenté de volume et douloureux; cul de sac gauche libre; à droite grosse salpingite (dépassant le volume d'une petite mandarine).

Au point de vue intestinal, les phénomènes intéressants sont les suivants : le météorisme s'est accentué, le palper hypogastrique est douloureux et provoque une envie impérieuse d'uriner. Le palper du colon gauche, violemment spasme, provoque un léger ténésme rectal (sensation de corps étranger). Mais les deux accidents les plus intéressants à signaler sont les suivants : l'émission des gaz est horriblement douloureuse, la malade a la plus grande peine du monde à les expulser. Elle perçoit

leur transit sigmoïdo-rectal sous forme d'une distension paroxystique qui lui arrache des cris. Enfin la diarrhée a fait place à la constipation, mais il s'agit d'une fausse diarrhée par hypersécrétion sigmoïdo-rectale et la malade émet des matières molles parmi lesquelles se distinguent des glaires très abondantes, isolées ou enrobant des scybales.

B. — *Recto -Sigmoïdites dans les affections utéro-annexielles.*

Les réactions du recto-sigmoïde au cours des salpingites anciennes sont particulièrement fréquentes et d'autant plus intenses que l'infection du tissu cellulaire pelvien est plus marquée.

Le syndrome colique peut se borner à une simple constipation douloureuse avec spasme violent du R. S. et rejet de scybales délayées par le mucus en excès.

Le plus souvent il y a crise de colite aiguë segmentaire fébrile, avec syndrome dysentériforme atténué.

Il est remarquable de voir parfois l'infection cellulaire du bassin survivre à l'hystérectomie et continuer à évoluer (Obs. 4) en provoquant des crises de colite pelvienne coïncidant avec les phénomènes d'infection pelvi-péritonéale et aboutissant à la suppuration.

OBSERVATION N° 2

Sigmoïdite aiguë consécutive à une salpingite avec spasme colique secondaire.

Le 25 novembre Mme B., 29 ans, se présente à la consultation de l'Hôpital de Vaugirard pour douleurs abdominales et constipation opiniâtre.

La malade aurait eu il y a 6 semaines des douleurs abdominales violentes avec diarrhée profuse et fièvre élevée pendant deux jours. Selles régulières auparavant.

Depuis la crise, constipation opiniâtre, difficulté de conserver les lavements. Mictions fréquentes avec urines claires. Des pertes, tachant en jaune le linge, existaient depuis six mois; elles ont augmenté. Règles moins abondantes et plus douloureuses. Selles très douloureuses glaireuses. Enfin, depuis peu, la malade se sentirait fiévreuse tous les soirs.

L'examen montre un cadre colique spasmé douloureux au maximum dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher, utérus peu mobile, douloureux au palper, attiré vers la gauche et en arrière. Annexite gauche, volume d'une noix, très sensible à la pression.

Traitement : repos, compresses chaudes, jusquiame, huile de paraffine, lavement mucilagineux. Injections chaudes et ovules à l'ischtyol.

OBSERVATION N° 3

Annexite et cellulite pelvienne : recto-sigmoïdite aiguë.

Mlle M., âgée de 19 ans, présente depuis deux ans des douleurs abdominales avec dysménorrhée extrêmement pénible. Le 25 décembre 1922, douleur brutale à droite avec constipation immédiate et glaires dans les feces obtenues avec suppositoire.

Le 15 janvier, les douleurs et la fièvre persistant, on intervient. Le chirurgien trouve une annexite double plus marquée à droite. Résection de l'appendice et de la trompe droite. Suites opératoires banales, la guérison complète semble obtenue.

Vers le mois d'avril, la trompe gauche est réduite à un

cordon du volume d'un crayon à peine sensible. Les selles sont régulières.

Le 5 décembre, état saburral et 38°4 au réveil, ballonnement du ventre, quelques nausées, puis, brusquement, envies impérieuses d'aller à la selle avec coliques généralisées, diarrhée fécaloïde, puis glaireuse sans être franchement dysentérique (ou seulement à une ou deux selles). La température monte à 39°. On croit à une colite ulcéreuse, quand, dans la soirée même du 5 décembre, le tenesme rectal s'apaise brusquement sous l'influence des compresses chaudes. Au lieu des 2 ou 3 selles par heure, il n'y en a plus que deux durant toute la nuit. Néanmoins la malade continue toujours à se plaindre du côté gauche.

Le toucher montre un utérus rétroversé immobilisé, avec annexite gauche du volume d'une grosse mandarine. Les essais de mobilisation de l'utérus provoquent du ténesme rectal avec douleurs fulgurantes irradiant jusqu'à l'anus.

On prescrit de petits lavements mucilagineux très chauds et de la glace ; celle-ci étant mal supportée, on la remplace par des compresses chaudes qui amènent une sédation rapide et, au bout de 48 heures, les selles sont liées puis moulées.

Accessoirement, on donne jusquiame, kaolin, huile de paraffine, auto-vaccin préparé avec la sécrétion utérine (pseudo-diphthérique et gonocoque). Guérison en 3 mois.

OBSERVATION N° 4

Annexite double avec Recto-sigmoïdite aiguë. — Hystérectomie. — Accidents de cellulite pelvienne supprimée. Recto-sigmoïdite paroxystique coïncidant avec les poussées de Pelvi-péritonite.

Mme H., 19 ans et demie, faussé-couche provoquée et infection mixte probable (gonocoque et microbes septiques banaux). Curetage.

Deux mois plus tard, devant la persistance de la fièvre et l'existence d'une volumineuse annexite double, on pratique une hystérectomie. Suites opératoires excellentes.

Au bout de deux mois, la malade ressent de la fatigue à la marche et à la station debout. Brusquement un soir, elle se plaint de vives douleurs au bas-ventre, d'envies répétées d'aller à la selle avec épreintes syncopales n'amenant que le rejet de quelques glaires mousseuses. La température est à 40°.

Cette fièvre se maintient 3 jours sans aucun changement ; il y a une ou deux selles par 24 heures, muqueuses ou légèrement sanguinolentes, constipation en amont.

Le toucher rectal est pénible, la rectoscopie refusée.

Le toucher vaginal montre un empâtement léger du paramètre et surtout détermine d'insupportables douleurs avec ténésme vésical et rectal prolongés. Glace ; propidon.

Au bout de 10 jours, évacuation d'environ 5 à 6 c. c. de pus par le moignon du col.

Guérison apparente pendant 3 mois. Puis nouvelle crise en tous points identique à la première. Enfin, un mois seulement après la 2^e, troisième crise présentant un début encore plus violent, surtout comme ténésme rectal.

Guérison complète maintenue depuis 18 mois par la diathermie avec électrode vaginale.

C. — *Infections utérines obstétricales et recto-sigmoïdites.*

Les infections puerpérales avec pévi-métrite sans grosse réaction annexielle peuvent également s'accompagner de R. S. L'inflammation de l'intestin peut être superficielle et céder rapidement au traitement ou, au contraire, ne s'amender que très lentement.

Là encore, l'hystérectomie peut n'apporter aucun remède à l'infection locale des tissus du paramètre et, sans doute parce que l'on a opéré en péritoine infecté, déclancher au contraire l'infection de l'intestin adjacent.

OBSERVATION N° 5

Infection génitale ovarienne. — Hystérectomie, pelvi-péritonite et recto-sigmoïdite.

Mme M., 40 ans, présente un passé génital chargé : fausses-couches, annexites. Hystérectomie le 2 janvier 1924. Aucun antécédent intestinal, selles régulières.

Dix jours plus tard, 39° avec empâtement pelvien et douleurs violentes sur un sigmoïde gros, comme cartonné. En même temps, épreintes rectales et selles glaireuses (3 ou 4 par jour) peu ou point fécaloïdes, constipation extrêmement tenace.

La température descend très lentement (un mois) malgré la glace et pendant tout ce temps, les glaires demeurent extrêmement abondantes. L'épaississement des parois ne reprend que peu à peu.

Le toucher rectal détermine des douleurs atroces, irradiant vers le colon gauche. Il n'y a aucune issue de pus par le col.

OBSERVATION N° 6

Infection utérine et cellulite pelvienne d'origine obstétricale.

Mme J., âgée de 24 ans, est brusquement prise de fièvre élevée, 39° 5, avec tenesme vésical et rectal, envies incessantes d'uriner et d'aller à la selle. Le tenesme rectal est tel que la malade garde le bassin en permanence et qu'il s'écoule presque constamment des glaires transparentes par l'anus relâché.

Les anamnestiques sont les suivants : fausse-couche provoquée, 10 jours auparavant, lavage intra-utérin le lendemain ; malheureusement l'utérus était complètement *rétro-fléchi*, d'où drainage insuffisant et rétention septique.

Un premier frisson avec ascension thermique à 39° est noté le 2° jour ; un accoucheur appelé pratique aussitôt un curetage suivi d'amélioration de l'état général et de chute de la température.

Cependant, la malade garde de la gêne hypogastrique et des pertes odorantes malgré les soins aseptiques poursuivis. C'est ainsi que survient le 10° jour, une seconde crise fébrile, mise par les médecins traitants sur le compte d'une colite aiguë *indépendante de l'accident obstétrical*.

Le toucher rectal montre une muqueuse chaude œdémateuse ; il est du reste très pénible et, à 5 ou 6 centimètres, le doigt se trouve arrêté brusquement par la douleur atroce qu'il détermine en heurtant le fond d'un utérus gros et complètement rétroversé dans le Douglas.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est augmenté de volume et complètement immobilisé, collé au rectum ; de plus, à droite et à gauche, on reconnaît une vive réaction du paramètre.

Il est affirmé que la recto-sigmoïdite est secondaire et non primitive, et que la cellulite pelvienne est le facteur pathogénique essentiellement à combattre. On conseille glace sur le ventre, petits lavements chauds laudanisés, propidon à faible dose.

En rois jours, l'inflammation colique disparaît et les accidents pelviens cèdent normalement à la thérapeutique dirigée contre eux par la suite.

OBSERVATION N° 7

Infection utérine consécutive à une fausse-couche. — Crise de Recto-sigmoïdite coïncidant avec une reprise tardive de métrite.

Mme D., 30 ans, plusieurs fausses-couches. La dernière, remontant à 6 mois, a été suivie de métrite cervicale et de constipation opiniâtre.

Brusquement, 38°8, et douleurs pelviennes accompagnées de pertes blanches abondantes et de tenesme rectal avec diarrhée glaireuse. Les feces émises ont la formule coprologique de la fausse-diarrhée : matières stasiques redissoutes par la mucorrhée. Selles très douloureuses.

Examen : Spasme colique violent.

Traitement : huile de paraffine, jusquiame, compresses chaudes, bains de siège ovules à l'ichtyol ; guérison.

D. — *Recto-Sigmoïdites dans les tuberculoses viscérales limitées.*

Les annexites et appendicites subaiguës, les péritonites d'origine tuberculeuse retentissent souvent sur le R. S.

Le spasme intestinal est prononcé, la congestion

intense, l'allure générale de la crise paroxystique peut être purement colique et la possibilité d'un accident péritonéal pourrait demeurer inconnue sans un examen systématique.

Les crises R. S. qui surviennent au cours de tuberculose annexielle ne semblent être nullement spécifiques mais seulement catarrhales.

OBSERVATION N° 8

Pelvi-péritonite tuberculeuse, poussées répétées coïncidant avec des paroxysmes recto-sigmoïdiens.

Mlle T., 35 ans, présente, après une résection unilatérale d'annexite tuberculeuse vérifiée histologiquement, une santé précaire. Elle se remet peu à peu quand, après un excès d'automobile, elle ressent brusquement de la fièvre, 38°9, des douleurs hypogastriques avec épreintes vésicales et rectales. Elle émet de nombreuses selles formées de quelques débris fécaux et d'abondantes glaires, grumeleuses, semblables à du frai de grenouille mais non sanguinolentes. Ces évacuations sont suivies d'un tenesme très pénible.

La malade et son entourage croient à une crise d'entérite banale. Le toucher vaginal montre toutefois qu'il existe une pelvi-péritonite plastique accentuée : le bassin est plein, les organes semblent coulés dans du suif et sont totalement immobilisés. Le diagnostic porté est celui de pelvi-péritonite tuberculeuse avec réaction colique.

Au rectoscope, la muqueuse rectale apparaît oedématisée avec vive congestion veineuse en étoile, vaisseaux sail-lants, glaires remplissant l'ampoule. La pénétration sigmoïdienne est impossible en raison de l'oedème, du spasme et du blocage du conduit par les adhérences.

Cette crise guérit par le repos au lit prolongé pendant plusieurs mois avec injections de préparations iodées et de cinnamate de benzyle.

Mais dans les années consécutives, à la suite de fatigues diverses, la malade a refait deux crises identiques, ayant débuté l'une et l'autre par ce syndrome recto-sigmoïdien aigu d'épreintes et d'émissions glaireuses. A chaque fois on a retrouvé parallèlement cet empâtement pelvi-péritonéal, amendé, puis complètement résolu par six semaines de repos.

OBSERVATION 9

Appendicite pelvienne suivie de pelvipéritonite tuberculeuse.

Mlle M., âgée de 15 ans a présenté de légères crises d'appendicite. A la suite d'une crise plus aiguë, accompagnée d'un météorisme important, l'intervention est pratiquée à froid 25 jours après le paroxysme.

On trouve un appendice long collé au rectum et dont la libération exige beaucoup d'attention. Le 3^e jour, léger frisson, avec 38°8, placard épiploïque collé au-dessus du pubis. En même temps tenesme rectal avec envies incessantes d'aller à la selle, n'aboutissant qu'à l'émission de quelques glaires rosées.

On met de la glace sur l'abdomen et, au bout de 3 jours, regression rapide des phénomènes rectaux suivis d'une constipation n'ayant cédé qu'à l'usage régulier de faibles doses d'huile de ricin.

L'examen histologique révéla la nature tuberculeuse des lésions. Néanmoins l'épiploïte guérit en quelques mois et la malade se rétablit complètement après un long séjour d'Arcachon.

E. — *Recto-Sigmoidites et Tumeurs annexielles.*

Les tumeurs de l'utérus et de l'ovaire peuvent s'accompagner de R. S. Au début, il s'agit d'une simple réaction de voisinage par gêne de la circulation sanguine et lymphatique, par obstacle au cheminement stercoral. Plus tard d'autres éléments peuvent s'ajouter, infections stasiques, envahissement néoplasique (mais ces accidents tardifs ne doivent pas nous arrêter ici).

Nous ne saurions trop signaler combien l'observation suivante est remarquable. En effet, l'accident sigmoïdien est tellement aigu, tellement pur sans aucun lieu avec aucune autre maladie, que l'on est bien forcé au début de la prendre pour une maladie intestinale essentielle.

OBSERVATION N° 10

Généralisation brutale d'une tumeur végétante de l'ovaire débutant sous le masque d'une recto-sigmoïdite aiguë, sans aucun antécédent génital immédiat.

Mme D., 48 ans, a été, il y a 6 ans, opérée d'appendicite. On aurait constaté à ce moment l'existence d'un ovaire scléro-kystique non réséqué et non traité en quelque façon que ce soit ; au demeurant, santé parfaite.

En janvier 1925, brusquement, au milieu de l'après-midi, 38°5, ballonnement du ventre, douleurs rectales légères, envies violentes d'aller à la selle n'amenant que le rejet de grandes glaires jaunâtres en quantité formidable.

Ces phénomènes s'apaisent en 24 heures puis reprennent brusquement une semaine plus tard, le ventre étant

resté tendu. Les accidents sont tellement aigus et tellement déconcertants qu'on songe à quelque diverticulite ou à un colite aiguë puis, plus tard, à une péritonite tuberculeuse.

Malheureusement, au bout d'une quinzaine, la diminution du météorisme permet de percevoir l'existence de masses pelviennes, dures, bosselées, remontant dans l'abdomen, spécialement par la fosse iliaque et le flanc gauches.

Ultérieurement. évolution de tumeurs végétantes de l'ovaire avec ascite, etc. ; béance du sphincter avec diarrhée incoercible, cachexie progressive.

F. — *Recto-Sigmoïdites dans les infections génitales de l'homme.*

Les recto-sigmoïdites consécutives aux infections génitales sont beaucoup moins fréquentes chez l'homme que chez la femme.

Mais les cas de ce genre doivent souvent passer inaperçus : en effet, au cours des cystites et des prostatites il existe toujours un certain degré de spasme intestinal pouvant aller jusqu'aux épreintes, mais l'inflammation proprement dite est plus rare et cède rapidement au traitement.

OBSERVATION N° 11

Prostatite.

M. V., 45 ans se plaint de tenesme rectal remontant à une quinzaine de jours et ayant débuté brusquement. Depuis constipation opiniâtre, malgré des envies fréquentes d'aller à la selle (4 ou 5 par jour) il n'émet que

des glaires transparentes que lui-même compare à des mucosités de coryza.

Leur émission laisse une brûlure persistante.

Les mictions ne sont pas gênées, mais fréquentes, surtout la nuit.

D'autre part, on apprend qu'il a été, à diverses reprises, traité pour une prostatite.

Le toucher rectal met en évidence une hypertrophie marquée de la prostate qui est, de plus, douloureuse au toucher.

La rectoscopie montre un rectum oedématié au plus haut degré, surtout au niveau de la paroi antérieure où l'oedème forme une plaque suffisamment saillante pour être visible ; à ce niveau, veines turgescents. La valvule de Houston inférieure contraste avec la supérieure normale. L'ampoule est pleine de glaires.

Traitement : petits lavements mucilagineux chauds, bains de siège. Anti-spasmodiques per os, huile de paraffine guérison rapide.

G.— *Recto-Sigmoïdites provoquées par l'inflammation segmentaire du tractus digestif sus-jacent.*

L'inflammation des segments intestinaux sus-jacents ou recto-sigmoïdite peuvent naturellement retentir sur lui, soit parce que les viscères (appendice) contractent des rapports anormaux, soit parce que les produits inflammatoires infectent le pelvis

La recto-sigmoïdite pourra donc ainsi trahir une appendicite pelvienne (ce qui est du reste connu, mais non classique), ou quelque pericolite du descendant le plus souvent une diverticulite.

OBSERVATION N° 12

Inflammation singulière ayant débuté au Détroit supérieur et s'étant infiltrée dans le bassin. Début par des phénomènes aigus de Recto-sigmoïdite inférieure. — Phlegmon du Douglas. Evacuation simultanée de pus par la vessie et le rectum. — Guérison.

M. B., âgé de 60 ans a présenté depuis une quinzaine seulement de l'anorexie, de la constipation avec douleurs pelviennes vagues. Un examen radiologique reste négatif.

Brusquement apparaît du tenesme, le malade a des épreintes, suivies d'émissions glaireuses, « véritable rhume de cerveau ». Il souffre violemment, présente quelques hémorroïdes. Bien que le mucus rejeté soit transparent, on pose le diagnostic de cancer du sigmoïde inférieur.

Cependant, la recto-sigmoïdoscopie reste absolument négative pour la totalité du rectum et pour le sigmoïde inférieur. A 25 centimètres, on trouve une zone oedémateuse avec çà et là quelques petites élevures vésiculeuses en tache de rosée qui soulignent cet oedème pariétal. A ce niveau du reste, la muqueuse est beaucoup plus colorée qu'en aval, elle est sensible au toucher.

Le diagnostic de vraisemblance est *compression extrinsèque*, que confirment une légère défense musculaire des régions sus-pubiennes et iliaque gauche et un certain degré de température, 38°8.

La suite des événements vérifia cette hypothèse ; quelques jours après, le toucher rectal montrait à bout de doigt un empatement qui, peu à peu, descendant dans le Douglas, entourait la vessie et le rectum d'une inflammation douloureuse.

Après divers incidents évolutifs, il se déclara une cystite aiguë avec brusque décharge purulente précédant de

24 heures une évacuation considérable de pus par le rectum.

Ces divers incidents s'arrangèrent d'une façon inespérée, bien que leur évolution eût profondément cachectisé le malade.

On ignore la nature de l'accident initial : diverticulite ? adéno-phlegmon pelvien ?

OBSERVATION N° 13

Appendicite pelvienne avec abcès spontanément évacué par le rectum. Crise de rectite 6 mois plus tard, persistance des accidents. Résection de l'appendice et drainage du foyer pelvien. Guérison.

M. P. S., âgé de 36 ans, fait en avril 1920 une appendicite pelvienne classique avec, au 12^e jour, évacuation de pus et d'un lambeau de tissu sphacélé horriblement putride : guérison sans incident (glace, lit, diète).

Le malade s'opposant à toute intervention est perdu de vue.

Il fait revenir son médecin habituel en novembre, soit près de 7 mois après les accidents précédents. Il a été, dit-il, pris de coliques et de fièvre. Sa température est à 38°6. Il ressent des épreintes revenant toutes les demi-heures et s'accompagnant d'émission de mucosités claires ou jaunâtres en grumeaux, frai de grenouille ; point de matières, constipation en amont du sigmoïde. Le diagnostic est celui d'entérite aiguë.

Mais le toucher rectal montre de l'œdème, une défense ampullaire violente, et, à bout de doigt, sur la droite, une rénitence atrocement douloureuse.

Le malade se refuse de nouveau à toute intervention.

Pendant cinq jours, aucun changement : fièvre, tenesme, constipation, rejet de glaires.

L'intervention est enfin décidée et permet de réséquer un appendice long de 17 centimètres, adhérent au rectum sur plusieurs centimètres et dont l'extrémité, confondue avec les tissus enflammés, s'englué dans un magma caséeux de plusieurs centimètres cubes que l'on enlève à la curette.

Drainage. Guérison rapide de tous les accidents inflammatoires. Disparition immédiate des glaires. La constipation cède sans aucun traitement spécial.

H. — *Recto-Sigmoïdites d'origine diverse.*

Il n'est point que les inflammations viscérales ou cellulo-péritonéales qui soient susceptibles de provoquer des recto-sigmoïdites, l'inflammation des veines iliaques, une ostéite suppurée peuvent également s'en montrer les agents déterminants.

OBSERVATION N° 14

Cancer gastrique. Phlegmatia Alba dolens avec phlébite secondaires des veines pelviennes.

. C., 65 ans, fait à la période cachectique d'une énorme néoplasme gastrique une phlegmatia alba dolens droite. Cette phlébite s'étend peu à peu et gagne d'une part la paroi abdominale, d'autre part les vaisseaux pelviens.

Il apparait brusquement une poussée hémorroïdaire avec turgescence d'intensité remarquable. En même temps épreintes rectales violentes avec ténésme intolérable, expulsion de glaires transparentes, abondantes, répétées, persistantes jusqu'au décès survenant une dizaine de jours plus tard.

OBSERVATION N° 15

Ostéite lombaire (Mal de Pott ?). Réactions sigmoïdiennes précédant une suppuration pelvienne avec fistulisation rectale.

De cette observation extrêmement touffue, nous détaillons les phénomènes initiaux qui, seuls, se rapportent à notre sujet.

Mme P., 32 ans, fait en juillet 1924 une chute sur le dos provoquant aussitôt de violentes douleurs au niveau du sacrum et de la colonne lombaire. Sédation rapide de cette souffrance initiale, puis 3 mois de santé normale.

Brusquement, en novembre 1924, douleurs au bas-ventre avec nausées et 38° pendant 5 jours, diarrhée glaireuse abondante (4 à 5 selles par jour). Pendant un mois, les douleurs persistent avec ténésme rectal et débâcle de mucosités très abondantes alternant avec une constipation prononcée, 38° à 38°2. On pense à une appendicite pelvienne chronique, après avoir également songé à une recto-sigmoïdite primitive.

En février 1925, évacuation de pus par le rectum et augmentation des signes d'ostéite. Depuis, les accidents intestinaux passent au 2° plan, il persiste simplement un peu de ténésme à chaque selle au nombre de 1 à 2 par jour, les glaires ont disparu. Du pus s'écoule en très minime quantité par une fistule invisible à la rectoscopie, mais spontanément injectable par le lavement opaque. Cette fistule s'étend de la 5° lombaire à la région ampullaire supérieure.

La rectoscopie ne montre aucune anomalie du rectum, mais seulement de l'œdème et de la congestion du sigmoïde inférieur.

Le diagnostic de vraisemblance est Mal de Pott.

CHAPITRE VII

RECTO-SIGMOÏDITES ULCÉREUSES AIGUES.

A côté de la forme catarrhale, on peut observer des formes plus aiguës avec ulcérations de la muqueuse intestinale. Cette forme, en nous plaçant au point de vue étudié, ne relève jusqu'ici que d'une étiologie unique : l'application de radium dans un but de thérapeutique utéro-ovarienne.

Le début

est brutal. D'emblée, la température monte à 39°. Les douleurs augmentent rapidement d'insité et à la

Période d'état

elles sont atroces : épreintes continuelles ne laissant pas de répit au malade et aboutissant à l'expulsion presque continuelle (observ. 17) de glaires sanguinolentes, véritables crachats hémoptoïques.

L'état général est toujours assez touché.

L'examen rendu difficile, en raison de la contraction de la paroi, montre un maximum des douleurs à gauche, le long du trajet du colon.

Le toucher est des plus difficiles, et la rectoscopie demande le plus souvent une insensibilisation de la muqueuse. Ici, l'élément congestif est prédominant.

La muqueuse est violacée, couverte d'ulcérations punctiformes saignant en nappe dès que l'on retire le tube. Pour apercevoir la muqueuse, on est souvent obligé d'enlever avec un tampon des fausses membranes sanieuses, d'odeur désagréable, mais nullement comparable à la fétidité des écoulements cancéreux.

L'évolution de ces formes est beaucoup plus longue. Sous l'influence du traitement, les phénomènes généraux s'amendent progressivement, la rectite ne cède que très lentement et la guérison survient au bout d'un mois ou deux, complète ou incomplète avec rétrécissement rectal (observ. 17, 16).

Nous tenons à faire remarquer que ce chapitre ne contient qu'une seule rubrique, la recto-sigmoïdite secondaire à des applications de radium. Nous n'avons pas eu du moins l'occasion d'observer de rectites graves, secondaires à une autre maladie pelvienne.

D'autre part, il est important de remarquer que les femmes appelant le médecin pour une rectite hémorragique, secondaire à une curiethérapie parfois antérieure de plusieurs jours, peuvent involontairement ou à dessein taire l'application thérapeutique.

Nous n'avons suivi de façon complète qu'une seule malade, mais d'autres cas, incomplètement observés, nous ont été signalés. D'autre part, nous reproduisons une observation analogue présentée par le D^r Vianay à la Société des Sciences médicales de Saint-Etienne en mars 1925.

A la même séance, le D^r Arnaud se rappelait avoir

vu également une rectite aiguë consécutive à une application de 100 millicuries pendant 24 heures.

OBSERVATION N° 16

Radiumthérapie utéro-vaginale : rectite hémorrhagique aiguë.

Mme J., 45 ans, présente un fibrome utérin du volume d'une orange. On lui fait 7 applications de radium d'octobre à mars, 4 vaginales et 3 intra-utérines, chacune durant 24 heures.

Après la 4^e application, apparition d'une rectite aiguë glaireuse durant 15 jours.

Après la 7^e application, la température monte le soir même à 39° et se maintient pendant deux semaines aux environs de 38°8. En même temps constipation opiniâtre, avec dyspnée, épreintes rectales atroces, émission incessante de glaires sanguinolentes très fortement teintées. Les évacuations rectales ont souvent le volume et l'aspect d'un crachat hémoptoïque. Elles se produisent jour et nuit environ tous les quarts d'heure, épuisant complètement la malade.

A l'examen, utérus englué dans une réaction cellulaire pelvienne maxima au niveau des ligaments larges. Défense de la paroi, surtout au niveau du colon gauche. La rectoscopie, très difficile en raison du ténésme, montre une muqueuse rectale très congestionnée, couverte d'un exsudat pultacé blanchâtre et d'érosions punctiformes à peine visibles. La muqueuse saigne en nappe après le passage du tube et présente un aspect framboisé une fois l'enduit pultacé enlevé.

On prescrit des pansements mucilagineux du rectum au sous-gallate de bismuth, quelques petits lavages à l'argyrol au 2/1.000, glace sur le ventre, injections vaginales

à 40°, de la jusquiame, du kaolin et de l'huile de paraffine.

La régression est très lente, le sang disparaît le 4^e jour, mais la colite glaireuse et la température ne cèdent qu'au bout de 10 jours. Il persiste pendant plusieurs mois du spasme douloureux du sigmoïde et du colon gauche, un peu de ténésme rectal après défécation et de temps en temps quelques stries sanglantes sur de petites glaires crêmeuses.

OBSERVATION N° 18 (Viannay)

Radiumthérapie d'un cancer du col utérin, cicatrisation du col, rectite douloureuse exfoliante.

Mme B., 50 ans, entre à l'hôpital de Bellevue pour cancer du col utérin. Pas d'enfant, menstruation normale, ménopause depuis deux ans.

En mars 1925, perte rouge persistant 2 semaines, dont la malade ne s'inquiéta pas. En septembre, réapparition de pertes rosées, fétides, continues. Plus récemment, apparition de douleurs lombaires.

A l'examen : femme obèse au teint blafard anémiée par les métrorragies. Le toucher vaginal montre une vaste ulcération du col qui est bourgeonnant sur toutes ses lèvres, culs-de-sac non envahis, mobilité de l'utérus conservée. Ce serait un cas favorable pour un Wertheim si la malade n'était pas aussi anémiée. On décide la curiethérapie.

Le 16 octobre 1924, après anesthésie, ablation à la curette de tous les bourgeons néoplasiques, mise en place de 4 tubes de radium, 2 intra-utérins, 2 intra-cervicaux. Application pendant 97 heures, 38,8 millicuries détruits.

La malade rentre chez elle dans le courant de novembre, ses pertes ayant complètement cessé.

Peu de temps après, elle éprouve de vives douleurs anales avec besoins fréquents d'aller à la selle et épreintes rectales très pénibles. Elle reste constamment sur son bassin et, après de violents efforts, n'expulse que quelques glaires sanguinolentes avec très peu de matières.

A plusieurs reprises, éliminations de lambeaux de muqueuse et véritables défécations de pus.

Cet état persista environ pendant deux mois, durant lesquels la malade dormant à peine, ne s'alimentant pas, se cachectisa.

Cependant le col utérin était presque complètement cicatrisé. L'utérus petit, atrophié, était redevenu complètement mobile et sans la complication rectale, le résultat eût été des plus satisfaisants.

Peu à peu cependant, la rectite s'amenda, les besoins devinrent moins fréquents, les douleurs se calmèrent, l'état général se releva rapidement et il ne se produisit pas de rétrécissement du rectum.

La tumeur récidiva cependant dans le courant de 1925.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC.

Notre chapitre de diagnostic sera forcément limité nous avons eu, en effet, moins la prétention de présenter un tableau clinique et différentiel de toutes les recto-sigmoïdites aiguës ou subaiguës que d'attirer l'attention sur leur caractère fréquemment secondaire, et souvent secondaire à quelque infection méconnue.

La recto-sigmoïdite aiguë est, ou catarrhale, ou beaucoup plus rarement hémorragique, c'est-à-dire plus ou moins dysenteriforme. Elle est caractérisée en somme par des douleurs et du ténesme par un spasme colique prononcé, du météorisme, des selles glaireuses ou du type « fausse diarrhée ».

Son début aigu pourrait dans certains cas faire croire à une *intoxication alimentaire*, mais dans celle-ci les anamnétiques orientent déjà le diagnostic que précisent la diarrhée souvent putride et les vomissements violents.

De même pour tout *empoisonnement per os*, (Mercure). Quant aux accidents consécutifs à l'administration malencontreuse d'un *lavement irritant*, le diagnostic en est par lui-même évident.

Dans l'*urémie*, dans la *tuberculose intestinale*, existent généralement des diarrhées vraies ou parfois des

syndromes ulcéreux relevant de lésions généralisées. Il est à peine besoin de rappeler que les crises intestinales du *tabès* peuvent s'accompagner d'évacuations glaireuses et d'un ténésme frénétique; la myxorrhée demeure bien au deuxième plan d'une scène dominée par la plus atroce douleur.

En réalité le diagnostic serait surtout à faire avec les *syndromes dysenteriformes* qui, dans leur stade tout à fait initial, restent muqueux avant de devenir hémorragiques. Aussi demeure-t-il indispensable, en présence de tout accident relevant des syndromes étudiés, de pratiquer ou de faire pratiquer immédiatement la recherche des amibes pathogènes et dans certains cas même de contrôler la présence éventuelle de bacilles dysentériques.

La *rectite blennorragique* au début pourrait également se trahir par une inflammation muqueuse, mais le catarrhe spécifique dû au gonocoque est très rapidement franchement purulent.

Il ne faut pas oublier enfin que le *néoplasme recto-sigmoïdien* et que la *tuberculose segmentaire* de ces régions peuvent également provoquer ces paroxysmes inflammatoires identiques aux recto-sigmoïdites secondaires que nous avons étudiées.

Le dernier mot du diagnostic sera donc demandé moins à la discussion des caractères particuliers de la maladie qu'à l'interrogatoire précis du malade et à l'examen minutieux du bassin par les différents procédés dont nous disposons aujourd'hui.

TRAITEMENT.

1° Mettre les malades au repos complet.

Si la réaction est légère, permettre une alimentation légère : bouillon de légumes seul ou potages au tapioca ou au vermicelle, confitures.

Si la réaction est plus aiguë, diète absolue.

2° Appliquer sur la région douloureuse des compresses humides ou au contraire une vessie de glace.

3° Localement calmer l'irritation de la muqueuse par des pansements mucilagineux avec ou sans laudanum. Ne pas dépasser 150 centim. cubes, les répéter au besoin deux ou trois fois par jour.

4° Lutter contre la constipation :

a) en diminuant le spasme par l'ingestion de belladone ou de jusquiame (un à deux centigrammes d'extrait, 20 à 30 gouttes de teinture);

b) en donnant des laxatifs légers et non irritants : huile de paraffine ou huile de ricin par cuillerées à café.

5° Combattre l'infection causale, vésicale ou génitale par des pansement locaux.

6° Lutter contre l'infection générale par la médication de choc, auto-vaccin, stock vaccins de force variable.

7° Si l'on craint un foyer purulent, intervenir chirurgicalement par laparatomie médiane sous-ombili-

cale. Examiner avec soin les organes génitaux source la plus fréquente d'infection.

Ne pas oublier la possibilité de lésions appendiculaires.

Se méfier des tuberculoses méconnues génitales ou appendiculaires.

8° Dans les lésions chroniques, la diathermie avec électrode vaginale peut activer la cicatrisation de la muqueuse rectale.

CONCLUSIONS

1° Les recto-sigmoïdites aiguës sont un accident *secondaire* fréquent au cours d'un très grand nombre d'infections pelviennes.

2° Elles peuvent être catarrhales et relèvent le plus souvent alors de lésions utéro-ovariennes (annexites, métrites, complications obstétricales, tumeurs à effet immédiat ou différé, d'accidents tuberculeux, de maladies de la prostate ou de la vessie. Elles peuvent être provoquées par des lésions de l'intestin lui-même, en amont de la région enflammée. Diverses causes encore peuvent intervenir.

3° Elles peuvent être dysentériques, ulcéreuses; les applications de radium dans le cancer utérin sont responsables des accidents de cet ordre.

4° Il est en général facile de différencier ces recto-sigmoïdites des colites plus généralisées et plus graves, dont le stade initial, catarrhal ou congestif, pourrait prêter à confusion. Le but poursuivi ici est du reste de montrer que l'on ne doit jamais s'arrêter au diagnostic de « *recto-sigmoïdite aiguë* ». Ce terme n'a pas plus de valeur diagnostique en soi que le mot « vomissement ». Il faut chercher ce que trahit souvent

la recto-sigmoïdite, et c'est la fréquence tout à fait remarquable de son caractère secondaire que voulait souligner ce travail.

5° Le diagnostic de la maladie cachée se basera sur les anamnestiques, sur l'examen clinique aidé des touchers rectal et vaginal, de la rectoscopie, éventuellement de la radioscopie.

6° Le traitement est celui de toute recto-sigmoïdite aiguë : repos, régime approprié, petits lavements, pansements, vaccins, diathermie.

Vu : *Le Doyen,*

Vu : *Le Président de thèse,*

ROGER.

PIERRE DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTOINE. — Rectocolites graves. *Thèse*, Paris 1921.
- ALBRECHT. — Die Beziehungen der Flexura Sigmoidln zur weilliden genitale. *Munch Medical Wochenschr*, 1905.
- BENSAUDE. — *Nouveau Traité de Médecine*, tome XIV.
— Colites et rectocolites graves. *Journal des Praticiens*, 1922, p. 301.
— *Traité d'endoscopie rectocolique*. Paris, 1919.
- BOUCHUT. — Diagnostic des sigmoïdites chroniques. *Lyon-Médical*, 1923, p. 567.
- BÉRARD. — *L'appendicite, étude clinique et critique*. Masson, 1914, p. 878.
- BROUHA. — Relations de l'anse sigmoïde avec les organes génitaux de la femme. *Le Scalpel*, Liège, 1908.
- BOULAY. — Etude sur les lymphatiques de l'anus et du rectum. *Thèse*, Paris, 1912.
- CADE. — 13^e Congrès de Médecine française, 1912. Péricolites. *Presse Médicale*, p. 833.
- CASTERA. — Rapports anatomo-cliniques des annexites gauches avec l'anse sigmoïde et son méso. *Thèse*, Bordeaux, 1911.
- CORNIE et CUEL. — Etude anatomique des colites aiguës infectieuses du vieillard. *Société anatomique*. Paris, 1921, p. 508.
- CATZ. — Sigmoïdites et péri-sigmoïdites. *Gazette des Hôpitaux*. Janvier 1907.
- DUVAL. — Meso-sigmoïdite rétractile. *Archives des Maladies de l'appareil digestif*, 1907, p. 35.

- EVARD. — Contribution à l'étude des plaies du rectum dans les opérations pour salpingites. *Thèse*, Paris, 1922.
- GRÉGOIRE. — *Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen*. Tomes II et III.
- GUÉRIN. — A propos d'un cas de sigmoïdite grave. *Revue générale clinique et thérapeutique*, Paris, 1921. N° 375.
- GUILLAUME L. — Sigmoïdites et péri-sigmoïdites. *Arch. médico-chirurgicales de province*, Tours, 1922. P. 305-316.
- HARTMANN. — *Compte rendu du 12^e Congrès de Chirurgie*, 1909.
- I. DE JONG et AUBOURG. — *Soc. Médicale des Hôpitaux*, 16 mars 1923, p. 423.
- KUSS. — Rétrécissements péricoliques pelviens. *Thèse*, Paris, 1910.
- Fév., Mars, Avril, Mai, Août, *Revue de Chirurgie*, 1910.
- KIRSCH. — La sigmoïdite. *Strasbourg Médical*, 5 mars 1925. P. 167.
- LAURENCE. — Sigmoïdites et péri-sigmoïdites. *Journal des Praticiens*, 1922. P. 649 et 652.
- LETCHIFF. — De la colite muco-membraneuse chez les Utérines. *Thèse*, Paris, 1895-96.
- LEJARS. — Tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques de l'Abdomen. *Semaine Médicale*, 1906. N° 50.
- Tumeurs para-intestinales. *Soc. de Chirurgie*, novembre 1907. P. 1162.
- LYNCH. — Maladies du rectum et du colon. *New-York Medical*, 1914. P. 338.
- LEVEUF et GODARD. — Lymphatiques de l'utérus. *Revue de Chirurgie*, 1923.

- LOCKHART-MURRY. — Maladies du rectum et de l'anus. Londres, 1914. P. 348.
- MATHIEU, J. CH. ROUX et MOUTIER. — *Pathologie gastro-intestinale*, T. II. Paris, Doin.
- MARCILLE. — Lymphatiques et ganglions iléo-pelviens. *Thèse*, Paris, 1901.
- MASSABUAU. — *Gazette Médicale de Montpellier*, Juillet 1913. P. 837.
- MÉRIEL. — Sigmöïdite et péri-sigmöïdite tuberculeuse. *Soc. de Chirurgie*, Nov. 1908. P. 1.118.
- MICHAUX. — Périsigmöïdites. *Soc. de Chirurgie*, Mars 1906. P. 287.
- Tuberculose isolée de l'S iliaque. *Soc. de Chirurgie*, Fév. 1908. P. 292.
- MOREAU. — Sigmöïdite chronique prise pour une tumeur annexielle. *Soc. de Chirurgie*, 1923. P. 742.
- MOURIA. — Le colon pelvien, Morphogenèse. *Thèse*, Toulouse, 1907.
- PATEL. — Chirurgie du colon pelvien. *Arch. provinciales de Chirurgie*, 1913. P. 601-642.
- PAULETTE ROGER. — Etude clinique et anatomique de la colite aiguë du vieillard. *Thèse*, Paris, 1922.
- POULAIN. — Sigmöïdites et périsigmöïdites. *Gazette des Sciences Médicales*, Lille. Mai 1910.
- Sigmöïdites et infection des organes génitaux de la femme. *Arch. générales de chirurgie*, Paris, 1911. P. 30 et 46.
- PENNINGTON. — Sigmöïdal factor in pelvie diveases. *New-York Medical Journal*, 1908. P. 971.
- ROBINSON BYRON. — *Medical Standard*. Avril 1907.
- SAILLANT. — Sigmöïdite et péeisigmöïdite. *Thèse*, Paris 1906.
- SOC. DE CHIRURGIE. — 1906, p. 287, 291, 294, 302, 338,

348, 400. Discussions sur les signœidites et pœri-sigmœidites.

TEIRLINCK. — S. iliaque et ses affections. *Belgique mœdical*. Gand, 1901.

TURNER GREY. — Diverticules. *The lancet*, janv. 1920, P. 151.

UZAN. — Le syndrome gœnito-colique. *Pratique Mœdicale*, Paris, 1923. P. 378.

VIANNAY. — Deux cas de rectite consœcutive à la curiethœrapie d'un cancer utœrin. *Loire Mœdicale*, 1925. Sept. P. 448.

VILLEMEN et HUARD. — Terminaison et voies effœrentes du courant lymphatique rectal. *C. R. de l'Association des Anatomistes*, 1924.

— Recherches anatomiques sur les lymphatiques du rectum et de l'anũs. *Revue de Chirurgie*, 1925. P. 39.

WATSON GORDON. — *Proceedings of the Royal Society of Medecine*, London, 1922. N° 7, p. 37.